**MỤC LỤC *(SỐ 1042)***


| | | |
|---|---|---|
| •**LÊ ĐÌNH THANH** | ⇒ Khảo sát kết quả kiểm soát huyết áp và lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú | 45 |
| •**DƯƠNG QUANG HIẾN, ĐOÀN CHÍ CƯỜNG, LÊ VĂN ĐÔNG** | ⇒ Nghiên cứu ảnh hưởng của bài thuốc GĐU-103 đến một số chỉ tiêu về sinh hóa máu, mô bệnh học trên thỏ | 47 |
| •**HOÀNG THỊ LIÊN, LƯƠNG MAI ANH, NGUYỄN NGỌC BÍCH, HÀ ANH ĐỨC** | ⇒ Một số đặc điểm điều kiện lao động có tác động đến hệ cơ xương của điều dưỡng tại Bệnh viện Việt Đức năm 2016 | 52 |
| •**NGUYỄN THANH HƯƠNG, NGUYỄN TRẦN THỊ GIÁNG HƯƠNG, PHAN ANH TUẤN** | ⇒ Khảo sát độc tính di truyền của dịch chiết nước tỏa dương (*Balanophora laxiflora*) trên chuột nhắt trắng | 54 |
| •**PHAN VIỆT NGA, TRẦN THỊ NGỌC TRƯỜNG, NGUYỄN ĐỨC THUẬN, NGUYỄN VĂN HÀO** | ⇒ Nghiên cứu hiệu quả của các phương pháp điều trị nội khoa thoát vị đĩa đệm cột sống cổ | 58 |
| •**PHẠM THỊ THU THỦY, ĐẬU XUÂN CẢNH, NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT** | ⇒ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan do rượu | 61 |
| •**LƯƠNG CÔNG THỨC, LƯU QUANG MINH** | ⇒ Mối liên quan giữa một số chỉ số biến thiên huyết áp lưu động 24 giờ và microalbumin niệu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát | 64 |
| •**PHẠM THỊ THU THỦY, ĐẬU XUÂN CẢNH, NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT** | ⇒ Nghiên cứu một số đặc điểm sinh học phân tử của vi-rút viêm gan B | 67 |
| •**HOÀNG THỊ HỒNG XUYẾN, VŨ KHẮC LƯƠNG, BÙI MỸ HẠNH** | ⇒ Kiến thức của điều dưỡng về an toàn người bệnh trong chăm sóc sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 2016 | 70 |
| •**NGUYỄN TUẤN ANH, NGUYỄN VĂN HUY, PHẠM THỊ TỐ UYÊN** | ⇒ Chất lượng cuộc sống của người bệnh đau thắt ngực không ổn định trước và sau can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Việt Nam năm 2016 | 75 |
| •**LÊ THỊ KIM XUÂN, NGUYỄN XUÂN TỊNH NGUYỄN VĂN QUANG, TRẦN THỊ KIM UYÊN** | ⇒ Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật điều trị quá hoạt cơ chéo dưới ở trẻ em | 78 |


# UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN CỦA LƯỚI TINH HOÀN: TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG, HỒI CỨU Y VĂN


**NGUYỄN KIM LƯU, HỒ VIẾT HOÀNH**

***Trung tâm Ung bướu & Y học hạt nhân – Bệnh viện Quân y 103***



**TÓM TẮT**

*Ung thư biểu mô tuyến lưới của tinh hoàn là loại ung thư hiếm gặp và có tiên lượng rất xấu. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng và cũng chỉ có khoảng 70 trường hợp được báo cáo kể từ trường hợp đầu tiên được mô tả bởi Curlin vào năm 1853. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, hóa chất kém đáp ứng với điều trị. Trường hợp báo cáo của chúng tôi là bệnh nhân nam giới 52 tuổi, đã có di căn gan 10 tháng sau chẩn đoán.*



***Từ khóa:*** *Ung thư biểu mô tuyến lưới của tinh hoàn.*



**SUMMARY**

*ADENOCARCINOMA OF THE RETE TESTIS: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.*

*Adenocarcinoma of the testis cancer is a rare malignant testicular tumor with a poor prognosis. Its etiology and histogenesis is still unclear and only about 70 cases have been reported since the first case was described by Curlin in 1853. The primary therapy is surgical. Until now there is no effective chemotherapy. Here, we report a case of adenocarcinoma of the rete testis in a 52-year-old man with hepatic metastases that were detected 10 months prior to the diagnosis of the primary lesion.*



***Keywords:*** *Adenocarcinoma of the testis cancer.*



*Chịu trách nhiệm: Nguyễn Kim Lưu*
*Email: kim.luu.k71@gmail.com*



*Ngày nhận: 13/3/2017*
*Ngày phản biện: 06/4/2017*
*Ngày duyệt bài: 20/4/2017*
*Ngày xuất bản: 20/5/2017*


**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư biểu mô tuyến của lưới tinh hoàn là loại ung thư hiếm gặp. Năm 1853, Curling là người báo cáo trường hợp đầu tiên, cho đến nay cũng chỉ mới có khoảng 70 ca được phát hiện. Đây là loại ung thư có độ ác tính cao, thường xảy ra ở nam giới trên 60 tuổi với các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như sưng đau vùng bìu rất dễ nhầm với các chẩn đoán viêm mào tinh hoàn hoặc thoát vị bẹn...Việc chẩn đoán xác định thường gặp nhiều khó khăn, hiện nay tiêu chuẩn

chẩn đoán của Nochomovitz và Orenstein được nhiều nhà lâm sàng sử dụng bao gồm: vị trí khối u nằm ở rốn tinh hoàn hoặc mào tinh, có hình ảnh cấu trúc biểu mô tuyến bình thường chuyển đổi sang cấu trúc mô ung thư của lưới tinh, không có bằng chứng của Teratoma, loại trừ các ung thư khác di căn tới. Tuy nhiên, ít có khối u nào mà có đủ các tiêu chuẩn như trên. Bệnh nhân khi được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến của lưới tinh hoàn có tiên lượng rất xấu, điều trị chủ yếu là cắt bỏ tinh hoàn triệt để, hóa chất ít có đáp ứng, có tới 40 % bệnh nhân tử vong trong năm đầu tiên được chẩn đoán. Trường hợp chúng tôi báo cáo là bệnh nhân nam, 52 tuổi, chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến của lưới tinh hoàn phải, đã được phẫu thuật tinh hoàn tận gốc và hóa chất bổ trợ phác đồ GEMOX 6 chu kỳ. Hiện tại 10 tháng sau chẩn đoán, đã có di căn gan.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân nam, 52 tuổi, chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến tinh hoàn, được phẫu thuật cắt tinh hoàn triệt để, hóa chất bổ trợ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả ca bệnh lâm sàng.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Bệnh nhân: Lê Trọng Kh., sinh năm 1962, nam giới.

Vào viện ngày: 4/12/2015, phẫu thuật: 11/12/2015.

Bệnh nhân phát hiện bệnh trước khi nhập viện 3 tháng, tự sờ thấy khối u tinh hoàn bên phải, không đau, không sốt.

*Khám tại chỗ*: Khối u mặt trước bìu phải kích thước 2x3 cm, mật độ chắc, di động theo tinh hoàn, ấn đau tức.

*Siêu âm:* Tinh hoàn phải kích thước 36x 20mm, cực trên có khối giảm âm đường kính: 20mm, tăng sinh mạch, xâm lấn màng tinh hoàn, màng tinh hoàn có ít dịch. Tinh hoàn trái bình thường.

*Sinh hóa máu*: CEA, AFP, CA125, LDH trong giới hạn bình thường.

*Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tinh hoàn triệt để.*

*Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ:* Tiêu bản HE: U có cấu trúc của các tuyến ống lớn nhỏ nơi nằm sát nhau, nơi rải rác trong mô đệm xơ dày. Các tế bào lót lòng có nhân lớn, chất màu thô và đậm, có các hình nhân chia

Nhuộm HMMD: CK7 (+), CK5/6 (-), CEA (+), Vimentin (+), inhibin (-), Calretin (-), CDX2 (-),

Kết luận: Ung thư biểu mô tuyến lưới tinh của tinh hoàn.

Sau phẫu thuật 1 tháng BN được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ GEMOX (Gemcitabine 1000mg/$m^2$ da N1,8 + Oxaliplatin 130mg/$m^2$ N1) 6 chu kỳ.

Sau khi chẩn đoán bệnh, điều trị phẫu thuật và hóa chất, bệnh tiến triển di căn gan.

**BÀN LUẬN**

Ung thư biểu mô tuyến của lưới tinh hoàn là bệnh lý hiếm gặp, do đó đến nay nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng. 1986, Newbold và cộng sự đã gây thực nghiệm trên chuột tiếp xúc với Diethylstilbestrol cho thấy sự tăng sản biểu mô tuyến nhú và dẫn đến ung thư, nhưng trên người thì chưa có trường hợp nào được báo cáo. Gruber H và cộng sự đã báo cáo trường hợp mắc bệnh là lính cứu hỏa có tiền sử tiếp xúc thời gian dài với carbon dioxide và chì, tiền sử chấn thương tinh hoàn cũng là yếu tố nguy cơ được báo cáo ở một số trường hợp. Tuy nhiên trường hợp báo cáo của chúng tôi là một người làm ruộng không có tiền sử tiếp xúc với các nhóm hóa chất trên cũng như không có chấn thương tinh hoàn trước đó.

Về các triệu chứng lâm sàng, ung thư biểu mô tuyến tinh hoàn các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, thường bệnh nhân tự phát hiện khối bất thường tinh hoàn, không đau, phát triển chậm hoặc là biểu hiện của tràn dịch màng tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn, thoát vị bẹn mạn tính... Bệnh nhân báo cáo của chúng tôi phát hiện khối u tinh hoàn 3 tháng trước chẩn đoán, khối chắc, không sưng nóng, không đau.

Siêu âm là phương pháp được chứng minh là tin cậy và có giá trị trong chẩn đoán bất thường của bìu, ưu điểm là chi phí thấp, không xâm lấn và dễ thực hiện. Siêu âm bìu cho ta thấy hình ảnh vị trí, tính chất khối u, tăng sinh mạch hay không, xâm lấn tổ chức xung quanh hay có tràn dịch màng tinh hoàn hay không. Đối với ung thư biểu mô tuyến lưới tinh hoàn, hình ảnh siêu âm thường là khối u nằm ở vị trí mào hoặc rốn tinh hoàn chứ không phải là trong tinh hoàn như ở một số báo cáo. Tổn thương khối u trên siêu âm là giảm âm hoặc là hỗn hợp âm, ranh giới không rõ ràng, có tăng sinh mạch và thường kết hợp với tràn dịch màng tinh hoàn. Trường hợp báo cáo của chúng tôi phù hợp với các đặc điểm siêu âm này.

Bởi ung thư biểu mô tuyến lưới của tinh hoàn không phải là ung thư tế bào mầm nên các xét nghiệm huyết thanh các dấu ấn AFP, beta HCG, LDH trong giới hạn bình thường. Kết quả này phù hợp với trường hợp báo cáo của chúng tôi.

Mặc dù tiêu chuẩn chẩn đoán về mô học đã được Nochomovitz and Orenstein (1984) thiết lập bao gồm: vị trí khối u nằm ở rốn tinh hoàn hoặc mào tinh, có hình ảnh cấu trúc biểu mô tuyến bình thường chuyển đổi sang cấu trúc mô ung thư của lưới tinh, không có bằng chứng của Teratoma, loại trừ các ung thư khác di căn tới, nhưng việc chẩn đoán xác định vẫn là một khó khăn. Chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tuyến di căn, ung thư trung biểu mô và các khối u ác tính khác. Để loại trừ u với nguồn gốc tiền liệt tuyến và tế bào mầm, kết quả hóa mô miễn dịch dương tính với CK, âm tính với AFP, CD 30, beta HCG, alpha PSA, inhibin. Để loại trừ ung thư trung biểu mô: ung thư trung biểu mô thường (+) với CK, vimentin, Calretinin, CK5/6, âm tính với CEA. Còn ung thư lưới tinh (+) CK, (-) CK5/6. Trong trường hợp báo cáo của chúng tôi phù hợp với 3 trong 4 tiêu chuẩn chẩn đoán của Nochomovitz.

Phẫu thuật cắt tinh hoàn triệt để là phương pháp điều trị chính đối với ung thu biểu mô tuyến lưới của tinh hoàn. Sánchez-Chapado và cộng sự đã báo cáo, phẫu thuật cắt tinh hoàn triệt để hay cắt tinh hoàn tận gốc kết hợp với vét hạch sau phúc mạc được đánh giá là hiệu quả đối với bệnh này. Đa số các báo cáo đã chỉ ra rằng hóa chất và xạ trị đáp ứng kém với điều trị, bệnh thường tiến triển một thời gian ngắn sau chẩn đoán, di căn phổi, gan thường gặp. Có thể nói ung thư

biểu mô tuyến lưới của tinh hoàn là bệnh lý hiếm gặp và độ ác tính cao. Manuel Sanchez (1995) thống kê trên 38 BN có đến 40% trong số đó tử vong trong năm đầu tiên chẩn đoán, thời gian sống bệnh không tiến triển sau 3 năm và 5 năm tương ứng là 49% và 13%. Trường hợp báo cáo của chúng tôi sau khi chẩn đoán 10 tháng, mặc dù đã phẫu thuật cắt tinh hoàn triệt để và hóa chất bổ trợ phác đồ GEMOX 6 chu kỳ nhưng vẫn tiến triển di căn gan, rõ ràng đây là một tiên lượng rất xấu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**


1. **Bremmer F, Schweyer S, Et al** (2013). *"Sertoliform cystadenoma: a rare benign tumour of the rete testis" Diagn Pathol*, 14, 8(1), pp. 23. *Cancer*, (64), pp. 770-775.

2. **Curling, T. B** (1853). *"Observationson cystic diseaseof the testicle"* Med.-Chir. Trans, (36), pp. 449-457.

3. **Hagiuda J, Matsumoto M, et al** (2010). *"Adenocarcinoma of the rete testis. A case report" Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi,* 101(7), pp. 749-753. *J Pathol*, 154, pp. 343-346.


# TỔN THƯƠNG DA VÀ ĐẦU CHI TRÊN BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG


**LƯU PHƯƠNG LAN, NGUYỄN BẢO NGỌC**
***Bệnh viện Bạch Mai***



**TÓM TẮT**

*Xơ cứng bì có nghĩa là xơ cứng da, đây là biểu hiện chính của bệnh xơ cứng bì hệ thống. Mục tiêu: Đánh giá tổn thương da, đầu chi ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: 100% bệnh nhân có cứng da, sạm da 89,6%, mất sắc tố da 72,6%. Điểm dày da theo Rodnan sửa đổi 20 ± 6,6, 78,3% có điểm Rodnan >14 điểm. Hiện tượng Raynaud 100%, sẹo lõm đầu chi 74,5%, loét đầu chi 24,6%, hoại tử đầu chi 19,8%, cắt cụt chi 8,5%. Tương quan giữa FVC và điểm Rodnan r=-0,41 (p=0,001). Có mối tương quan giữa điểm Rodnan >14 điểm và tăng áp động mạch phổi, tổn thương phổi kẽ. Kết luận: Tổn thương da và đầu chi rất thường gặp ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Có mối tương quan giữa độ dày da và tổn thương phổi.*



***Từ khóa:*** *Xơ cứng bì hệ thống, điểm Rodnan, tăng áp động mạch phổi, tổn thương phổi kẽ.*



**SUMMARY**

*SKIN MANIFESTATIONS AND EXTREMITIES INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS*

*Background: Skin manifestations is very common in systemic sclerosis. Objectives: Assessement skin and extremities involvement in systemic sclerosis. Methods: A cross-sectional study was conducted, with 106 patients were diagnosed with systemic sclerosis in Bach Mai hospital. Results: 100% of patients had thickening of skin, hyperpigmentation 89.6%, depigmentation 72.6%. The modified Rodnan skin score was 20 ± 6.6, there were 78.3% had Rodnan points >14. 100% of patienst had Raynaud's phenomenon, 74.5% had pitting scars, digital ulcers were 24.6%, necrosis of the extremities was 19.8%, amputation was 8.5%. There was significants correlation between FVC and Rodnan points (r=-0.41, p=0.001). There were statistical significance differences between Rodnan points >14 and pulmonary arterial hypertension, interstitial lung damage. Conclusions: Skin manifestations and extremities involvement are very common in patients with systemic sclerosis. There was relationship between thickness skin level and lung involvements.*



***Keywords:*** *Systemic sclerosis, Rodnan points, interstitial lung damage, pulmonary arterial hypertension.*


**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là bệnh mô liên kết không rõ nguyên nhân, với 3 đặc trưng: bệnh lý các mạch máu nhỏ, tăng sản xuất tự kháng thể, rối loạn chức năng của nguyên bào sợi và lắng đọng quá mức ở tổ chức ngoại bào. Các biểu hiện lâm sàng của bệnh không đồng nhất, thường có dày da, hiện tượng Raynaud, loét đầu chi, trào ngược dạ dày thực quản, bệnh phổi kẽ và rối loạn chức năng của tim [1],[2].

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tổn thương da và đầu chi trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống" với mục tiêu: *Đánh giá tổn thương da và đầu chi ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.*

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng**

Gồm 106 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai . Bệnh nhân được chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ và Hội Khớp học Châu Âu 2013.

**2. Phương pháp**

***Thiết kế nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

***Chọn mẫu:*** Cỡ mẫu được chọn theo cỡ mẫu lâm sàng thuận tiện gồm 106 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

**3. Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS version 20.0 với các thuật toán sử dụng: tỷ lệ phần trăm, tính


*Chịu trách nhiệm: Lưu Phương Lan*
*Email: luuphuonglan77@gmail.com*


*Ngày nhận: 15/3/2017*
*Ngày phản biện: 06/4/2017*
*Ngày duyệt bài: 21/4/2017*
*Ngày xuất bản: 20/5/2017*